

高度急性期医療機関看護師の事例の分析にみる倫理的看護実践の課題 看護師の倫理的悩みを解消する倫理研修への示唆

大澤 歩¹, 梅田 節子², 丸山 浩枝², 後藤由紀子³
福重 春菜¹, 玉田 雅美¹, 石原 逸子¹

¹神戸市看護大学, ²神戸市立医療センター中央市民病院, ³神戸市看護大学大学院

キーワード：高度急性期医療機関看護師、倫理的悩み、倫理的看護実践、倫理研修

Qualitative study of clinical cases regarding moral distress described by nurses in an advanced acute care facility: Moral distress and implication of ethical clinical training

Ayumi OSAWA¹, Setuko UMEDA², Hiroe MARUYAMA², Yukiko GOTO³, Haruna FUKUSHIGE¹,
Masami TAMADA¹, Ituko ISHIHARA¹

¹Kobe City College of Nursing, ²Kobe City Medical Center General Hospital,
³Graduate School of Nursing, Kobe City College of Nursing

Key words: nurses in an advanced acute care facility, moral distress, ethical practice, ethical clinical training

要 旨

本研究は、高度急性期医療機関で実施した倫理研修の事例の分析から、看護師がどのような場面でどのような倫理的悩みを感じ行動しているのかを明らかにし、新たな倫理研修プログラム考案のための基礎データとすることを目的とした。

研究方法は、高度急性期医療機関の看護倫理研修で参加者から提示された事例の質的記述的分析である。事例コード・マトリックス表を作成し、意味内容のまとまりごとにサブカテゴリー、カテゴリー化した。

その結果、高度急性期医療機関の看護師の倫理的悩みとして、【患者・看護師間の思いや考えの不一致】、【患者の苦痛よりも治療の優先】、【患者より家族の意向優先への危惧】、【生命倫理上の問題をめぐる看護師の価値観と葛藤】、【病状の変化に応じたインフォームド・コンセントの実施と共有が不十分】、【患者の安全安楽と病院・病棟管理の問題】、【専門職としての専心義務や忠誠義務が果たせない】、【公平が担保できないケア提供への疑問】の8つが明らかになった。

倫理的問題場面で散見された看護師の行動としては、【場面に応じた看護ケアや関わりの実践】、【患者（家族）の気持ちに向き合う】、【医師とのやりとり】、【家族を巻き込んだケア】、【院内の専門職・チームへの依頼】の5つが抽出された。

これらの結果より、以下のような倫理研修の必要性についての示唆が得られた。新たな看護倫理研修では、患者の側に立って患者の苦痛の軽減に結びつくような【医師とのやりとり】や、【患者・看護師間の思いや考えの不一致】の解消を目指した、専門看護師のサポートを得た倫理カンファレンス開催等、倫理的看護実践力向上を目指したプログラムを考案したい

I. はじめに

我が国の人口動態統計によると、2025年には団塊の世代の多くが75歳を迎え、高齢化率は30.3%となり、約3人に1人が高齢者となることが予測されている

(厚生労働白書、2016)。高齢者の増加に伴い医療の現場では、施設内ばかりでなく地域の中での医療や看護のニーズが高まり、看護師には今後ますます高齢者の看護等を通じて、生老病死と向き合い、その人らしい生き方を支える倫理的な看護を実践していく能力が求

められる。

さらに、最先端技術の医療現場への導入と活用、人口の高齢化に伴う生活習慣病の増加等は、医療コストの増大をもたらし、医療費の削減を目的とした医療連携の強化と在宅医療の推進がすすめられ、高度急性期医療機関では、在院日数はさらに短縮されている。よって看護師は、高度医療における診療の補助と共に、短い入院期間で患者の看護問題を明確化し、次なる療養の場や在宅での生活を見据えた継続看護等、レベルの高い看護ケアが求められるようになっていく。

このような状況の中で、2015年の医療事故事例における不適切なインフォームド・コンセントなど、医療者の倫理的意識の欠如についての指摘は、病院における倫理的問題への積極的な取り組みにつながった（市川、2017）。医療現場では、治療における安全性や有効性の保証が最優先課題であるが、看護師は患者・家族の抱える倫理的問題を早期より把握する立場にあり、それゆえに職種間で起こる価値の対立を経験することも多い。

Jameton (1993) は、看護師が倫理的／道徳的に適切な行動が必要な状況であるのに、様々な要因によって看護師の信念や価値観を妥協しなければならず、適切な行動ができないときに起こる苦痛な気持ちと心理的不安定さを倫理的悩み (moral distress) と定義している。

高度急性期医療機関に勤務する看護師を対象とした看護師の倫理的悩みについての調査では、「自分にはケアをする資格があるとは思えないような患者のケアをするように求められる」「チーム内の乏しいコミュニケーションのせいで患者ケアの質が低下している状況を体験する」等の質問項目において、倫理的悩みの強度・頻度ともに他の急性期病院の看護師に比べ、有意に高いという結果が出ている（赤田他、2015）。

筆者らは、平成23年度より現在までA市内の高度急性期医療機関（以下B病院とする）と連携し、看護師の倫理的感受性や倫理的判断力・倫理的看護実践能力を向上させる目的で、看護倫理研修を実施してきた。本研究では、倫理的悩みの強度・頻度が他の急性期病院に比べて有意に高いという先行研究の結果を踏まえ、B病院における過去5年間の研修で提示された事例を質的記述的に分析し、看護師がどのような場面での倫理的悩みを感じ行動しているのかを質的に明らかにし、新たな倫理研修プログラム考案のための基

礎データとすることを目的とした。

II. 研究方法

1. データ収集

1) 看護倫理研修の方法

看護倫理研修は、研究者らが依頼を受け、B病院の経験4年目以上の看護師を対象としたラダー研修の一つとして平成23年度より平成28年度まで実施したものである。研修内容は、1回3時間、年間計4～5回開催し、看護倫理の基礎的知識についての講義の後、参加者が持参した事例をグループで共有し、その中から、参加者が倫理分析に使用する事例を1例選ぶことから始める。事例は、看護師たちが日頃の実践において「何かおかしい・問題だ」と感じた患者事例についてあらかじめ依頼し、提示を求めたものである。

グループで1事例を選択し分析するが、分析の際に使用した倫理分析モデルは、平成23～24年度研修では「臨床倫理の4分割法」(Jonsen,2006)を、平成25～28年度研修では「道徳的行動の4つの構成要素モデル」(Rest,1986)を使用した。倫理研修中2回分のグループワークで事例分析し、分析結果を最終日に発表し、参加者で共有する。

臨床倫理の4分割表とは、Jonsenらが開発した症例検討シートであり、4側面(医学的適応・患者の意向・QOL・周囲の状況)について網羅的に状況を記述して問題点をあげ、対応を検討していくためのツールである。

Restの「道徳的行動の4つの構成要素モデル」とは、人が道徳的行動に及ぶまでの道徳的価値・道徳的推論を中心とした過程を明らかにしたものであり、モラルへの感受性・道徳(的)推論・道徳的判断／選択・実践の4段階に沿ってケース分析をするものである。

2) 研究対象となる資料

研究対象とした資料は、平成23～27年度の5年間にB病院で実施した看護倫理研修で、上記の方法で受講者より提示された倫理事例であり、研修後に患者や事例提供者を特定し得る情報を伏せた形で保管しておいたものである。

2. 研究期間

平成28年5月～平成29年1月

3. 分析方法

過去5年間に開催した看護倫理研修にて提示された倫理事例について、看護の倫理原則・倫理綱領・患者

の権利等の観点から質的記述的に分析し、比較検討した。

1) 第1段階

文章で書かれた事例を、患者の基本属性（年代、性別、既往歴、家族構成、キーパーソン）、疾患と治療および治療方針、場面に登場する看護師以外の職種、場面の状況について整理・分類した。

2) 第2段階

(1) それぞれの事例場面の詳細の状況について、事例コード・マトリックス表を作成した。事例コード・マトリックス表の項目は①場面の状況、②倫理的問題、③読み取れる倫理的問題、④事例記載状況、⑤看護師の行動、⑥看護師の倫理的悩みの6つで構成した。

②は事例提供者が「倫理的問題」と事例中に明記しているもの、③は事例中に明記はないが、事例記述内容から推測される「倫理的問題」である。これらは生命倫理の4原則および生命倫理の規則・看護の倫理原則(T.Fry,2006)のいずれに該当するかという視点で整理した。

(2) (1)の⑥看護師の倫理的悩みとして抽出したコードについて、看護師が倫理的悩みを感じた場面と内容を、意味内容のまとまりごとにコード化し、コードを比較して類似性、相違性を検討し、サブカテゴリー・カテゴリーを抽出した。

(3) (1)の⑤看護師の行動については、事例中に記載されていた看護師の具体的な行動についての記述をコード化し、コードを比較して類似性、相違性を検討し、サブカテゴリー・カテゴリーを抽出した。

上記(1)～(3)の行程では、研究者複数名での抽出作業の後、事例本文に戻りながら内容を共有し、ラベリングした。また、事例コード・マトリックス表を作成した際に、全事例中の倫理的悩みが生じた場面別内訳、看護師が起こした行動の記述については、その件数と割合を数量的に求めた。

4. 倫理的配慮

研究データとしての事例の使用については文書にてB病院看護部長に許可を得た。事例提供者へは院内に掲示する形で許可を得た(オプトアウト方式)。なお、本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を受け実施した。

Ⅲ. 結果

1. 看護倫理研修受講者の背景

5年間の受講者総数は85名、平均経験年数は9.14年、最短経験年数は4年、最長経験年数は32年であった。

2. 事例分析結果

過去5年間の看護倫理研修で提示された85事例のうち、許可が得られ、事例として利用ができた倫理的問題・看護師の倫理的悩みについての記述を含む74事例について分析した。

1) 事例場面

受講者が取り上げた事例を場面別にみると、①治療方針の決定場面28事例(38%)、②治療に伴う患者の身体的苦痛への対処14事例(19%)、③身体抑制・監視13事例(17%)、④病状説明および予後の告知8事例(11%)、⑤入退院調整7事例(9%)、⑥術中患者対応2事例(3%)⑦その他2事例(3%)であった。

2) 取り上げられた倫理的悩み(表1)

受講者が取り上げた事例を分析した結果、19サブカテゴリー、8カテゴリーが抽出された。以下、【】はカテゴリー、<>はサブカテゴリーを示す。また、サブカテゴリーを導き出すこととなったコードを「」で示す。

看護師が取り上げた倫理的悩みは、【患者・看護師間の思いや考えの不一致】【患者の苦痛よりも治療の優先】【患者より家族の意向優先への危惧】【生命倫理上の問題をめぐる看護師の価値観と葛藤】【病状の変化に応じたインフォームド・コンセントの実施・共有が不十分】【患者の安全安楽と病院・病棟の管理の問題】【専門職としての専心義務や忠誠義務が果たせない】【公平が担保できないケア提供への疑問】の8カテゴリーから構成されていた。

(1) 【患者・看護師間の思いや考えの不一致】

このカテゴリーは、<専門的知識や経験にとらわれ患者の思いに気づけない><治療の必要性和患者の気持ちにズレがあり、受け入れを拒む患者のケアをめぐる悩み><医療者としての善行を患者や家族が理解できないことへの苛立ち><身体的苦痛や不安が強、治療に従えない患者のケアをめぐる悩み>の4サブカテゴリーで構成されていた。

看護師は、「延命治療への同意と拒否を繰り返す患者・家族の理解や関わり方に疑問」を抱いたり、「積極的治療が難しくなった状況で今後の方向性について

表1 看護師の倫理的悩み

【カテゴリー】	＜サブカテゴリー＞
①患者・看護師間の思いや考えの不一致	専門的知識や経験にとらわれ患者の思いに気づけない
	治療の必要性和患者の気持ちとにズレがあり、受け入れを拒む患者のケアをめぐる悩み
	医療者としての善行を患者や家族が理解できないことへの苛立ち
	身体的苦痛や不安が強く、治療に従えない患者のケアをめぐる悩み
②患者の苦痛よりも治療の優先	患者の意思や苦痛よりも安全と生命を優先
	本人の意思よりも治療を優先
	治療によって生じる患者の苦痛を医師に理解してほしい
	身体的苦痛への対処がなされないまま治療を継続
③患者より家族の意向優先への危惧	家族の要望が強く、患者は何も言わない・意思を表示しない
	家族の負担が強いため在宅での患者の受け入れが困難
	家族機能が発揮できないことによる今後の方針への影響
④生命倫理上の問題をめぐる看護師の価値観との葛藤	延命治療において患者・家族の希望や患者のQOLよりも制度や法律の優先
	公平・公正でない医療資源の分配
	信教の自由が延命（善行）より優先されることへの疑問
⑤病状の変化に応じたインフォームドコンセントの実施・共有が不十分	説明なしの治療方針の変更
	医療者側の言動不一致で情報提供が困難
⑥患者の安全安楽と病院・病棟の管理の問題	患者の安全安楽と病院・病棟の管理の問題
⑦専門職としての専心義務や忠誠義務が果たせない	専門職としての専心義務や忠誠義務が果たせない
⑧公平が担保できないケア提供への疑問	公平が担保できないケア提供への疑問

話すことへの家族の拒否に対する疑問」を抱いたりとして専門的知識や経験にとらわれ患者の思いに気づけない」という悩みを取り上げていた。また、「医療者が善いと思う治療を希望しない患者への戸惑い」など治療の必要性和患者の気持ちとにズレがあり、受け入れを拒む患者のケアをめぐる悩み」を感じていた。さらに、「患者・家族が緩和ケアを拒んでいる状況への苛立ち」「終末期患者にとって有益と思えない治療を行うことへの疑問」など医療者としての善行を患者や家族が理解できないことへの苛立ち」を感じていた。そして、「CO²ナルコーシスのリスクがあるにもかかわらず酸素増量を希望する患者への対応」など身体的苦痛や不安が強く、治療に従えない患者のケアをめぐる悩み」を体験していた。

（2）【患者の苦痛よりも治療の優先】

このカテゴリーは、＜患者の意思や苦痛よりも安全と生命を優先＞＜本人の意思よりも治療を優先＞＜治療によって生じる患者の苦痛を医師が理解していない＞＜身体的苦痛への対処がなされないまま治療を継続＞の4サブカテゴリーで構成されていた。

看護師は「患者の抑制への苦痛よりも生命維持に必要なカテーテル留置を優先」したり、「患者のストレスを助長し興奮させる行動制限」をするという＜患者の意思や苦痛よりも安全と生命を優先＞している状況を悩みとして取り上げていた。また、「患者の希望に反して治療を続行し、化学療法が中止できない状況」など＜本人の意思よりも治療を優先＞している状況も悩みとなっていた。さらに、「痛みを訴える患者への処置を続行しようとする」「医師が緩和ケアは治療の丸投げであると捉えているため患者の苦痛軽減ができない」などの＜治療によって生じる患者の苦痛を医師が理解していない＞と感じることが悩みとなっていた。その他にも「痛みを訴える患者に適切に対応しないまま手術を続行」するといった＜身体的苦痛への対処がなされないまま治療を継続＞されていることも取り上げていた。

（3）【患者より家族の意向優先への危惧】

このカテゴリーは、＜家族の要望が強く、患者は何も言わない・意思を表示しない＞＜家族の負担が強いため在宅での患者の受け入れが困難＞＜家族機能が発

揮できないことによる今後の方針への影響」の3サブカテゴリーから構成されていた。

看護師は、告知や意思決定の場面において、「告知内容を家族の意向で決めることへの疑問」「患者の意向が家族の意向に左右されることへの戸惑い」など「家族の要望が強く、患者は何も言わない・意思を表示しない」ことに悩みを感じていた。また、「介護負担が大きく患児に関心がない」「精神疾患があるため本人の希望とは異なる施設への入所」といった「家族の負担が強いため在宅での患者の受け入れが困難」な状況を取り上げていた。さらには、「キーパーソン不在で意思決定が困難」など「家族機能が発揮できないことによる今後の方針への影響」が悩みとなっていた。

(4) 【生命倫理上の問題をめぐる看護師の価値観と葛藤】

このカテゴリーは、「延命治療において患者・家族の希望や患者のQOLよりも制度や法律の優先」「公平・公正でない医療資源の分配」「信教の自由が延命（善行）より優先されることへの疑問」の3サブカテゴリーから構成されていた。

看護師は、「抗がん剤をもう一度試したい患者と効果の薄い治療はすべきでないとする医療者側の考えとの対立」などの「延命治療において患者・家族の希望や患者のQOLよりも制度や法律の優先」されることに悩みを感じていた。また、「DNAR方針決定後も検査が続けられることへの疑問」「自殺企図者に移植が必要なのか疑問」といった「公平・公正でない医療資源の分配」に関する悩みを感じていた。さらには、「宗教上の理由で輸血を拒否する患者の気持ちに寄り添えない」などの「信教の自由が延命（善行）より優先されることへの疑問」から悩みを抱いていた。

(5) 【病状の変化に応じたインフォームド・コンセントの実施・共有が不十分】

このカテゴリーは、「説明なしの治療方針の変更」「医療者側の言動不一致で情報提供が困難」の2サブカテゴリーから構成されていた。

看護師は、「全身状態の悪化により患者本人の意思が確認できないまま延命処置の実施が決められる」といった「説明なしの治療方針の変更」や、「家族からの求めに応じで看護師がどこまで状況を説明してよいかかわらず苦悩する」といった「医療者側の言動不一致で情報提供が困難」なことに悩みを感じていた。

(6) 【患者の安全安楽と病院・病棟の管理の問題】

表2 看護師の行動

【カテゴリー】	＜サブカテゴリー＞
場面に応じた看護ケアや関わりの実践	患者に合ったケアの工夫
	通常のケアの励行
	新たなケアの提案
患者（家族）の気持ちに向き合う	患者の話を聴く
	気持ちを受け止める
	側にいて共感的態度で接する
医師とのやりとり	医師との検討の場を設ける
	医師への報告・確認
家族を巻き込んだケア	家族との協働
	患者をめぐる家族との調整
院内の専門職・チームへの依頼	院内の専門職・チームへの依頼

このカテゴリーは、「患者の安全安楽と病院・病棟の管理の問題」の1サブカテゴリーから構成されていた。「患者のプライバシーが守られにくいベッド配置であることへの疑問」「複数の手術室を掛けもつことによる医療ミス発生への危惧」などが悩みとなっていた。

(7) 【専門職としての専心義務や忠誠義務が果たせない】

このカテゴリーは、「専門職としての専心義務や忠誠義務が果たせない」の1サブカテゴリーから構成されていた。「患者への配慮を欠く手術中の医師の言動に何も言えない看護師としての自分」「患者の急変時に医師の指示に対して記録することしかできなかった自分」といった「専門職としての専心義務や忠誠義務が果たせない」という思いが悩みとなっていた。

(8) 【公平が担保できないケア提供への疑問】

このカテゴリーは、「公平が担保できないケア提供への疑問」の1サブカテゴリーから構成されていた。看護師は、治療の合併症により重症となった患者に対して「ケアの内容や頻度が他患者と明らかに違い、特別扱いになっていることへの疑問」などの悩みを抱いていた。

3) 事例中に記載されていた看護師の行動（表2）

提示事例中で看護師が何らかの行動を起こした記載があったのは、74事例中58事例（78.4%）であり、これらの事例を分析した結果、11サブカテゴリー、5カテゴリーが抽出された。看護師がどんな行動を起こしたかについては、【場面に応じた看護ケアや関わりの実践】【患者（家族）の気持ちに向き合う】【医師との

やりとり】【家族を巻き込んだケア】【院内の専門職・チームへの依頼】の5カテゴリで構成されていた。

(1) 【場面に応じた看護ケアや関わりの実践】

このカテゴリは「患者に合ったケアの工夫」<通常のケアの励行>「新たなケアの提案」の3サブカテゴリで構成されていた。

看護師は、「場面に応じた治療の必要性の説明」や「患者の疼痛や苦痛の緩和、安楽な療養環境の整備について繰り返し説明」「看護（部署）管理者への相談および介入依頼」「看護師付添時の抑制解除」「病室移動による療養環境の変更」「夜間でも疼痛緩和ケアの実施」などさまざまな患者に合ったケアの工夫>を行っていた。また、それだけでなく、「危険を防止し安全な環境を整える」など<通常のケアの励行>も大切にしていた。さらに、「栄養剤の注入時間や量の分割について提案する」「一般病棟への転棟に向けてケア統一のための取り決めをする」といった<新たなケアの提案>を行っていた。

(2) 【患者（家族）の気持ちに向き合う】

このカテゴリは「患者の話を聴く」<側にいて共感的態度で接する>「気持ちを受け止める」の3サブカテゴリで構成されていた。

看護師は、「患者の不安や苦痛に対する訴えを傾聴する」「患者に治療への考えを聴く」といった<患者の話を聴く>ことを行っていた。また、それだけでなく「苦しいとき・辛いときに側に寄り添う」「安楽をはかる」等、患者の<側にいて共感的態度で接する>ようにしていた。さらには、「患者の気管切開をしたくないという意思表示の受け止め」「患者の意見を尊重した対応」等、<気持ちを受け止める>ように関わっていた。

(3) 【医師とのやりとり】

このカテゴリは、「医師との検討の場を設定」<医師への報告・確認>の2サブカテゴリで構成されていた。看護師は、「緩和ケアチームの介入が必要であると医師にカンファレンスをもちかける」「入院・治療を継続してほしい家族と、積極的に治療をするつもりはない医師の間に入って話し合いの場を持つ」といった<医師との検討の場を設定>していた。また、「治療方針の確認」「患者の痛みや苦痛を伝える」などの<医師への報告・確認>を行っていた。

(4) 【家族を巻き込んだケア】

このカテゴリは、「家族との協働」<患者をめぐ

っての家族との調整>の2サブカテゴリで構成されていた。看護師は、「家族面会時の抑制解除」「家族と一緒に患者のケアを実施」といった<家族との協働>を行い、「家族それぞれの思いを聴く」「家族から患者への正しい情報提供を勧める」等の<患者をめぐっての家族との調整>を行っていた。

(5) 【院内の専門職・チームへの依頼】

このカテゴリは、「院内の専門職・チームへの依頼」の1サブカテゴリのみで構成されていた。看護師は「経済的な問題に対するMSW介入依頼」「認知機能の低下した高齢患者へのDCT（認知症ケアチーム）介入依頼」「積極的な治療を望まない患者への緩和ケアチーム介入」などを行っていた。

IV. 考察

1. 看護師の主な倫理的悩みと看護実践

1) 高度急性期医療機関における倫理的悩み

本研究の結果から、高度急性期医療機関の看護師が倫理的悩みを感じた場面は、治療方針の決定場面が約4割を占めていた。治療が優先される状況下で、【患者の苦痛よりも治療の優先】では、看護師は患者の意向を尊重し、擁護しようと試みていた。なかでも<治療によって生じる患者の苦痛を医師が理解していない>では、痛みを訴える患者への処置を続行しようとすることへの憤りや、医師が緩和ケアは治療の丸投げであると捉えているために患者の苦痛が軽減できない苛立ち等も含まれていた。さらに【病状の変化に応じたインフォームド・コンセントの実施・共有が不十分】などにより、患者の意向を医療者間で共有することが困難な状況があった。その背景には、インフォームド・コンセントは医師が中心となって進められるために、他の医療職者が把握できないという医療現場の実態も見え、このことはチームとして患者の情報を共有することの困難さにつながっていることが推察できる。

日本の看護師が経験するモラルディストレスに関するメタ統合による研究では、賛同できない医師の治療方針に従わざるを得ない、同僚やチームの考え・組織の方針を優先している、などが倫理的／道徳的判断による行動を妨げるものとしてあげられており（伊藤、2011）、本研究の結果と一致している。

高度急性期医療機関では、患者の多くは高度医療を求める重症患者であり、その分、きめ細やかな観察と

状態の変化を予測したタイムリーな看護展開が求められる。また、在院日数の短縮も相まって、看護師の業務は緊張と多忙を極めている。治療が優先されることや、短い入院期間のうちに病状や治療方針が絶えず変化する等の高度急性期医療機関の特徴的な状況下では、ケアチームの主導権を握るのは医師である場合が多い。この点から、看護師が【医師とのやりとり】において十分なコミュニケーションが取れず、患者の側に立って患者の意向を尊重することの困難さを感じている可能性が考えられる。

2) 看護専門職者の価値観の優先によって生じる悩み

本研究で挙げられた倫理的悩みのうち、【患者・看護師間の思いや考えの不一致】について、看護師は同僚と議論したり、立ち止まって患者の声を聴くことができずに悩んでおり、医療者・医療チームの一員としての立場と患者の側に立つべき立場の間で葛藤し、揺れ動く状況がうかがえる。例えば、＜専門的知識や経験にとらわれ患者の思いに気づけない＞では、治療や症状について専門職としての知識や看護実践の積み重ねから、臨床的判断がはたらか、専門職としての考えが優先され、「延命処置への同意と拒否を繰り返す患者・家族の理解や関わり方に疑問」を抱くなど、患者の側に立てなくなる状況が生じていた。

このような状況から、看護師は患者の意向を尊重したいとは思っていても、組織の一員として高度医療を提供し、看護師としての専門的判断と治療を優先する立場は崩せず、患者の意向を尊重できずに悩んでいることが推察される。

3) 事例中に記載されていた看護師の行動

看護師は、「何かおかしい・問題だ」という状況に疑問を感じながらも【場面に応じた看護ケアや関わりの実践】の＜通常のケアの励行＞や、【患者（家族）の気持ちに向き合う】では、＜患者の話聴く＞ことで、その場で必要と感じたケアは提供していた。

さらに、【医師とのやりとり】では、＜医師との検討の場を設け＞ている。本研究ではその行動の結果について分析していないが、事例中には、話し合いの結論は出なかったと記述されていたものもあった。

このように、本研究の事例中には、看護師がその場で必要と感じたケアは提供していたことが記述されていた。しかし、倫理的な問題であるとした事例の中で行われていた看護実践であり、看護師の倫理的悩みの解消には至っていないと推察される。

高度急性期医療機関の医師主導となりがちなチーム医療の中で、看護師は、【患者の苦痛よりも治療の優先】を解消すべく他職種に向けて患者の気持ちを代弁する役割を果たすこと、専門職者としての価値観を優先することなく患者の意向を尊重すること等、これまで以上の倫理的看護実践が求められていると考える。

2. 新たな倫理研修への展望

前述のような【患者・看護師間の思いや考えの不一致】に悩む看護師の状況を改善するためには、状況を理解し全体を俯瞰できる存在が欠かせない。高度急性期医療機関では、組織横断的に活動するチームも多数組織され、B病院でも認定看護師・専門看護師が複数在籍しており、チームとしての実践は行われている。また、患者の価値観や意向を尊重した質の高い意思決定プロセスを実現するために、「患者にとっての最善は何か」を多職種チームで意思決定支援していくことは、患者を直接担当する看護師にとっても考え方を整理したり再考したりするきっかけになる、とされている（尾藤、2017）。

よって、倫理調整や多職種協働に長けている専門看護師などを有効に活用し、患者の情報のみならず、看護師が何に悩み、倫理的／道徳的判断に基づいてどう行動したいのかを声に出してチームで共有していくことが、倫理的看護実践力の向上につながると考える。

新たな看護倫理研修では、患者の側に立って患者の苦痛の軽減に結びつくような【医師とのやりとり】や、専門看護師のサポートを得た倫理カンファレンス開催等により【患者・看護師間の思いや考えの不一致】を解消し、患者の意向を尊重し代弁していけるような倫理的看護実践力向上プログラムを目指したい。

V. 研究の限界と課題

本研究で使用した事例は、事例分析を目的とした倫理研修で提出された事例であり、事例内容によっては、背景が十分読み取れないものも複数あった。また、文章として表現された看護師の倫理的な気づきや行動については統一された条件での提示を求めておらず、事例記述以外にも気づきや行動があった可能性があり、看護師の思いや考えが詳細に反映されたものではない点が本研究の限界である。

VI. 結論

1. 高度急性期医療機関の看護師の倫理的悩みとして、【患者・看護師間の思いや考えの不一致】、【患者の苦痛よりも治療の優先】、【患者より家族の意向優先への危惧】、【生命倫理上の問題をめぐる看護師の価値観と葛藤】、【病状の変化に応じたインフォームド・コンセントの実施と共有が不十分】、【患者の安全安楽と病院・病棟管理の問題】、【専門職としての専心義務や忠誠義務が果たせない】、【公平が担保できないケア提供への疑問】の8つが明らかになった。
2. 倫理的悩みとともに記載されていた高度急性期医療機関の看護師の行動は、【場面に応じた看護ケアや関わりの実践】、【患者（家族）の気持ちに向き合う】、【医師とのやりとり】、【家族を巻き込んだケア】【院内の専門職・チームへの依頼】の5つがあり、看護師は「何かおかしい・問題だ」という状況に疑問を感じながらも、その場に必要と感じたケアは提供していた。
3. 新たな看護倫理研修では、患者の側に立って患者の苦痛の軽減に結びつくような【医師とのやりとり】や、専門看護師のサポートを得た倫理カンファレンス開催等により【患者・看護師間の思いや考えの不一致】を解消し、患者の意向を尊重し代弁していけるような倫理的看護実践力向上プログラムを目指したい。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文献

- 赤田いづみ、玉田雅美、江口由佳他（2015）. 急性期病院における看護師の労働環境と倫理的悩みとの関連. 第35回日本看護科学学会学術集会. 2015年12月. 広島
- 尾藤誠司（2017）. 医療の質を向上させる手段としての倫理コンサルテーションの将来展望. 看護管理. 27（5）. 360-365.
- 市川幾恵（2017）. 組織マネジメントにより倫理的視点の強化を目指す. 看護管理. 27（5）. 366-370.
- 伊藤隆子、川崎由理、辻村真由子他（2011）. 日本の

看護師が経験するモラルディストレス－国内文献のメタ統合の試み－, 千葉県立保健医療大学紀要, 3（1）, 71-79.

Jameton,A. Dilemmas of moral distress. moral responsibility and nursing practice. AWHONN's clinical issues in perinatal and womens health nursing. 1993, vol.4, p542-551.

Jonsen,A.R.ほか（2002）著, 赤林朗ほか監訳：臨床倫理学, 第5版. P.262, 新興医学出版社, 2006.

パトリシア ベナー, クリステイン タナー, キャサリン チェスラ（2015）. ベナー看護実践における専門性 達人になるための思考と行動. 医学書院.

Rest,J.：Moral development：Advance in research and theory.pp.3-18, NewYork：Praeger.1986.

Sara T.Fry（1999）. 看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド. 日本看護協会出版会.

松葉祥一, 石原逸子, 吉田みつ子他（2014）. 系統看護学講座 別巻 看護倫理, 医学書院.

看護師の倫理綱領. 日本看護協会. 2003年.

平成28年版 厚生労働白書－人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える－

人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン,2015.検索日2018年1月20日. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>